

2 医 務 号 外  
令和 2 年 6 月 22 日

各保健所設置市長 殿

愛知県保健医療局長  
( 公 印 省 略 )

「希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業」の周知について  
(通知)

このことについて、本年 4 月 15 日付けで通知しておりましたが、6 月から事業者が変更となったことに伴い、令和 2 年 6 月 15 日付けで厚生労働省から、別添のとおり案内がありましたので、御承知おきくださるとともに、管内医療機関への周知をお願いいたします。

なお、公益社団法人愛知県医師会、一般社団法人愛知県歯科医師会、一般社団法人愛知県病院協会、一般社団法人愛知県医療法人協会及び一般社団法人愛知県精神科病院協会には、別に通知しております。

**【参考】**

厚生労働省WEBサイトアドレス

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/newpage\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/newpage_00002.html)

担 当 健康医務部医務課  
医務グループ (星野)  
電 話 0 5 2 - 9 5 4 - 6 2 7 4  
F A X 0 5 2 - 9 5 4 - 6 9 1 8  
E-mail imu@pref.aichi.lg.jp

厚生労働省では「希少言語に対応した遠隔通訳サービス」を提供します

# 電話通訳サービスのご案内

**本サービスは医療機関であれば、どなたでも申込可能です。**

平成30年の訪日外国人は3,119万人と引き続き増加している中、外国人患者が安心して日本の医療機関を受診できる体制を整備することが重要であり、厚生労働省では、医療通訳者の医療機関への配置などへの財政支援を実施してきました。

しかし、使用頻度が少ない言語、いわゆる希少言語については、費用対効果の面から医療機関が通訳サービス提供事業者と常時契約するのは困難な場合があると考えられ、また、通訳者の数の確保等の課題もあると指摘されています。このような状況から、希少言語に関する通訳サービスは、主要な言語とは異なり、民間事業者による安定的なサービスが行き届かない可能性も考えられます。

本事業では、民間サービスが少なく、通訳者の確保が困難な希少言語に対して、行政が遠隔通訳サービスを提供することを目的として、「希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業」を実施し、外国人患者の受入れ環境の更なる充実を目指すものです。

※ 新型コロナウイルス関連の患者さんの対応時にも利用いただけます。

## サービス内容

- ・ ご来院の外国人患者とスピーカーフォンによるハンズフリー通話での通訳
- ・ 外国人患者からの問い合わせ入電や発信における3者間通訳サービス ※3者間通訳サービスの詳細は、ご利用の手順をご確認ください。

|           |   |
|-----------|---|
| サービス提供対象者 | 全国の医療機関(サービスの利用には登録が必要)   |
| 対応言語      | タイ語、マレー・インドネシア語、タミル語、ベトナム語、フランス語、ヒンディー語、イタリア語、ロシア語、ネパール語、アラビア語、タガログ語、ミャンマー語 |
| 対応期間      | 2020年6月12日 ~ 2021年3月31日 24時間体制  |
| 利用料金      | 通訳は最初の5分間は1,500円、以降1分あたり500円(通話料は利用者負担)                                     |

# 電話通訳サービス 登録の手順

事前  
申し込み

受付確認

事務局から  
電話番号の  
連絡

利用の開始

①本サービスを利用するには、添付の  
申込書での**事前登録**が必要になります。  
必要事項を記入の上、下記宛先にメール  
またはFAXで申込書をご送付ください。

メール:mhlw@mrp-spd.co.jp

FAX:06-6398-0562

▼下記案内サイトからもお申し込みいただけます

<https://www.mrp-portal.jp/mhlw/>

※2020年5月までに登録済の方は、前事業者より引き継いで  
おりますので、ご利用にあたっての再申し込みは不要です。  
※登録前の緊急時利用の場合は、下記事務局までご相談ください。

②本サービスのご利用方法については、  
添付のご案内資料をご一読ください。

③通訳サービスは、言語を特定することで  
よりスムーズな通話が可能となりますので、  
「言語確認シート（登録後に送付）」をご利用ください。

## ①電話通訳サービスの 申込書



## ②電話通訳サービス のご案内



## 注意事項

- ・ご利用にあたっては、通話料は利用者負担となります。
- ・通訳費用は実際の利用時間に応じて月末締め翌月末払いで請求書を発行いたします。
- ・サービスの契約料、月極めの利用料等はありません。
- ・本サービスは登録された医療機関様のみご利用いただけます。
- ・ご不明点は事務局までお問い合わせください。

### 問い合わせ先

厚生労働省 希少言語に対応した遠隔通訳サービス事業 運営事務局

TEL:06-6398-0561(平日9:00~18:00) FAX:06-6398-0562 E-mail:mhlw@mrp-spd.co.jp

※時間外の緊急問い合わせ先TEL:050-3138-1589

〒532-0003 大阪市淀川区宮原3-4-30 ニッセイ新大阪ビル15階 株式会社エム・アール・ピー内

※本サービスは厚生労働省の委託を受けて、株式会社エム・アール・ピー(通訳業者:メディアフォン株式会社)が提供します。

# 電話通訳サービスのご案内(ご利用の手順)

- ①外国人患者さんに「言語確認シート」を見せて、言語の確認をして下さい。
- ②通訳サービスの専用番号にお電話ください。

通訳サービス専用番号は事前登録後にお知らせします(登録は無料です)

- ③言語選択のアナウンスが流れますので、該当する言語を電話機のボタンで選んで下さい。

1. ベトナム語 2. タイ語 3. ネパール語 4. ミャンマー語 5. ロシア語  
6. その他言語(言語が分からない場合や3者間通話の場合も6番を選んでください)

※「3者間通話」:患者さんやご家族などと通話する際に、通訳者を入れてお話しをすることができます。医療機関の交換台などが3者間の電話にする機能がある場合は、患者さんとの通話に追加する形で、本サービス番号までお電話ください。医療機関の電話機に3者間にする機能がない場合は、折り返し先電話番号を患者さんから聞き取った上で一度電話を切り、本サービスまでお電話ください。言語選択で6番を選択し、患者さんの電話番号をお伝えいただければ、通訳者と患者さんにお電話をおつなぎし、3者間通話ができるようにいたします。

- ④コーディネーターあるいは通訳者につながります。

1. 施設名 2. 診療科あるいは部署 3. お名前 4. 通訳言語 をお伝えください。

※コーディネーター:「お電話ありがとうございます。厚生労働省委託事業  
希少言語に対応した遠隔通訳サービスでございます。」  
ご担当者様:「××病院 △△科の〇〇です。..語の通訳をお願いします。」  
コーディネーター:「かしこまりました。それでは ..語通訳につながります。」

- ⑤通訳者に患者さんに伝えたい内容をお話ください。

※通訳者 :「お待たせしました。..語通訳です。」  
ご担当者様 :「患者さんに〜〜〜と伝えてください。」  
通訳者 :「かしこまりました。通訳しますので、患者さんに受話器をお渡しください。」

- ⑥お話いただいた内容を患者さんに通訳します。

※スピーカーフォンによるハンズフリー通話は、机の上などにスマートフォンやタブレット等を置いて、ご利用ください。感染防護や端末の消毒など、適切な感染防止措置の上でご使用ください。



## サービス申込後、専用番号をお知らせします

こちらの電話番号は登録された医療機関様のみ公開しております。  
一般の方からのお電話はお受けできませんのでお取り扱いにはご注意ください。

### 注意事項

- ①通訳は逐次通訳です(同時通訳ではございません)。お一人ずつ交互に、なるべく短い文章でお話してください。
- ②通訳者は発話された言葉を訳します。自ら説明はできません。通訳者が理解できない単語や曖昧さが残る文章があった場合はお調べしたり、お尋ねする場合があります。
- ③通訳を利用する日時が決まっている場合は事前にお知らせいただくとよりスムーズにご利用いただけます。その際、患者さんへの説明文書等がありましたら事前にご共有いただくと通訳精度向上・時間短縮となります。

## 希少言語に対応した遠隔通訳サービス お申込書

|                                    |  |       |
|------------------------------------|--|-------|
| 医療機関名                              |  |       |
| ご住所                                | 〒  |       |
| ご担当部署・ご担当者様名                       |  |       |
| ご担当者様のご連絡先                         | メールアドレス  | お電話番号 |
| 利用を想定する<br>主な言語                    | タイ語、 マレー・インドネシア語、 タミル語、 ベトナム語<br>フランス語、 ヒンディー語、 イタリア語、 ロシア語<br>ネパール語、 アラビア語、 タガログ語、 ミャンマー語 |       |
| ご利用開始希望日                           | 年 月 日  |       |
| ※ご登録にはお申込みから5営業日いただいております。ご了承ください。 |  |       |

▼お電話番号（電話医療通訳をご利用する可能性のある番号をすべてご記入ください）

|    |
|----|
| 1  |
| 2  |
| 3  |
| 4  |
| 5  |
| 6  |
| 7  |
| 8  |
| 9  |
| 10 |
| 11 |
| 12 |
| 13 |
| 14 |
| 15 |
| 16 |
| 17 |
| 18 |
| 19 |
| 20 |

※21以上の番号を登録することも可能です。一覧をご提出ください。

▼請求書の送付先（※上記ご担当者様宛と異なる場合にのみご記入ください）

|          |   |
|----------|---|
| 請求書送付先住所 | 〒 |
| TEL      |   |
| FAX      |   |
| メールアドレス  |   |
| ご担当者部署   |   |
| ご担当者名    |   |

- ご提出いただいた情報は弊社が責任を持って管理し、外部への漏洩・流出がないよう努めて参ります。
- 内容に変更がある場合には恐れ入りますが再提出をお願いいたします。